

Verlegung in / nach

Ev. Krankenhaus „Gottesfriede“ Woltersdorf  
Chefarzt Dr. med. F. Naumann  
Schleusenstr. 50  
15569 Woltersdorf  
Fax: 03362/ 779-209  
[h.scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de](mailto:h.scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de)

Absender:

## Patientenüberleitung

Name des Patienten:

Größe: cm

BMI:

Geburtsdatum:

Gewicht: kg

Anschrift:

Patientenverfügung vorhanden:

Diagnosen: \_\_\_\_\_ Pflege-relevante  Harninkontinenz (s.u.)  
\_\_\_\_\_ Diagnosen:  Stuhlinkontinenz (s.u.)  
\_\_\_\_\_  Offene Wunde(n) (s.u.)  
\_\_\_\_\_  Schluckstörung (s.u.)  
\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Soziale Situation:

Wohnung:

Allein lebend

Etage: \_\_\_\_\_

Fahrstuhl

Mitbewohner:

Stufen: \_\_\_\_

Unterstützung durch:

Pat. steht unter Betreuung. Betreuer: \_\_\_\_\_ Betreuung beantragt:

Pflegestufe: \_\_\_\_\_ Pflegestufe beantragt:

Bezugsperson(en): \_\_\_\_\_

Kooperationspartner im Gesundheitsmanagement:

Weitere Partner (z.B. Fachärzte, Therapeuten):

Hausarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pflegedienst / Heim : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Orientierung**

ungestört:

Probleme:

Demenz (s.u.)

**Kommunikation**

ungestört:

Hörgerät:

Brille:

Aphasie

andere Sprach- / Sprechstörung

Tracheotomiekanüle Größe: \_\_\_\_\_

gewechselt am \_\_\_\_\_

Mitgeführte Papiere und Wertsachen:

**Mobilität**

Vorhandene Hilfsmittel:

**Alltagsaktivitäten**

Vorhandene Hilfsmittel: Zahnprothese oben  unten

**BARTHEL – Index**      **Summe: \_\_\_\_\_ Punkte**

**Bett / Rollstuhl-Transfer** (unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), erhebliche Hilfe (5), nicht selbstständig (0))    \_\_

**Fortbewegung Ebene** (unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), Rollstuhl-mobil (5), nicht selbstständig (0))    \_\_

**Treppensteigen** (steigt unabhängig eine Treppe (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))    \_\_

**Essen** (unabhängig (10), benötigt etwas Hilfe (5), nicht selbstständig (0))    \_\_

**An- und Auskleiden** (unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))    \_\_

**Waschen** (unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen (5), nicht selbstständig (0))    \_\_

**Baden** (unabhängig bei Voll- und Duschbad (5), nicht selbstständig (0))    \_\_

**Toilettenbenutzung** (unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))    \_\_

**Stuhlkontinenz** (Stuhlkontrolle (10), Inkontinenz max. 1/Woche (5), häufige Inkontinenz (0))    \_\_

**Urinkontinenz** (Urinkontrolle, ggf. DK (10), Inkontinenz max. 1/Tag (5), häufige Inkontinenz (0))    \_\_

**Ernährung / Schlucken**

Kostform:

Trinkmenge überprüfen

PEG vorhanden       Ch: \_\_ gelegt am \_\_\_\_\_

**Ausscheidung**

letzter Stuhlgang:

DK    transurethral       Ch: \_\_ gewechselt am \_\_\_\_\_

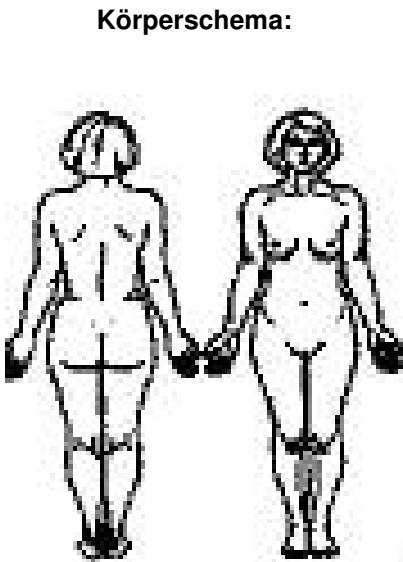
          suprapubisch       Ch: \_\_ gewechselt am \_\_\_\_\_

Enterostoma               Gr: \_\_ gewechselt am \_\_\_\_\_

**Wunden:**

**Weitere Angaben:**  
(z.B. auch Hautzustand, Risiken, Schlafstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Interessen und Vorlieben)

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Beiblatt anfügen!



Ich bin mit der Weitergabe dieser Daten einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift Patient / Betreuer

- Anlagen:**     Ärztlicher Bericht / Epikrise     Therapiebericht/e     \_\_\_\_\_
- Beiblatt Ernährung                       Beiblatt Wundversorgung     \_\_\_\_\_
- Beiblatt Medikamente                     Beiblatt Sturzrisiko             \_\_\_\_\_